乳児股関節二次検診紹介状　　（日本小児整形外科学会推奨様式）

紹介先医療機関：　　福井県こども療育センター　　　→　　**Fax：0776-53-6576**

乳児股関節脱臼二次検診担当医　先生

紹介児氏名：　　　　　　　　　　　（男・女）（令和　　年　　月　　日生）

　　住所　　：

　　電話番号：

【一次健診結果（推奨項目）】　　　　　　　出生予定日　：　　　月　　　日

* **股関節開排制限（右・左）**
* ②大腿皮膚溝または鼠径皮膚溝の非対称
* ③家族歴（血縁者の股関節疾患：　　　　　）
* ④女児
* ⑤骨盤位分娩（帝王切開時の肢位を含む）
* 一次健診医の判断
* 保護者の精査希望

二次検診への紹介について： ①開排制限が陽性であれば紹介する

 ②、③、④、⑤のうち2つ以上あれば紹介する

 一次健診医の判断や保護者の精査希望も配慮する

上記の通り、日本整形外科学会・日本小児整形外科学会の紹介基準に該当

しましたのでご精査の程、宜しくお願い申し上げます。

　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　病院　　　　科　　　　　　　　保健所／市・区・町・村

担当医師：

返信欄：二次検診結果をご報告申し上げます。

* 異常なし
* 所見あり ⇒ 診断名：［□右、□左、□両側］□脱臼、□亜脱臼、□臼蓋形成不全,

その他（　　　　　　　　　　　　　　　 ）

* 経過観察いたします
* 治療（ ）開始いたします

二次検診施設：　福井県こども療育センター　　　　　　年　　　月　　　日

担当医師：